FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1911

PARA SER PUBLICAMENTE DEFENDIDA

POR

Manfredo Mutti

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

Estudo clinico das albuminurias

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do curso de sciencias medico-cirurgicas

BAHIA
OFFICINAS DOS DOIS MUNDOS
35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1911

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. AUGUSTO CEZAR VIANNA

VICE-DIRECTOR — . . . .

SECRETARIO — Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

PROFESSORES ORDINARIOS

OS DRS.:	CADEIRAS:
Manoel Augusto Pirajá da Silva. . . .	Historia natural medica
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica
José Olympio de Azevedo.	Chimica medica
Antonio Pacifico Pereira	Anatomia microscopica
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva
Manoel José de Araujo	Physiologia
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia
A. Victorio de Araujo Falcão	Pharmacologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Histologia pathologicas
Fortunato Augusto da Silva	Anatomia medico-cirurgica
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica
Francisco Braulio Pereira	« «
João Americo Garcez Fróes	« «
Antonio Pacheco Mendes.	« cirurgica
Braz Hermenegildo do Amaral.	« «
Carlos Freitas.	« «
Francisco dos Santos Pereira.	« ophtalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes	« oto-rhingo-laringologica
Alexandre E. de Castro Cerqueira . . .	« dermatologica e syphiligraphica
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão. . . .	Pathologia geral
José Eduardo Freire de Carvalho Filho.	Therapeutica
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
Josino Correia Cotias.	Medicina legal Toxicologica
Climerio de Oliveira	Clinica obstetrica
José Adeodato de Souza	« gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho.	« psychiatrica e de molestias nervosas
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Antonino Baptista dos Anjos.	» cirurgica

PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

OS DRS.:	CADEIRAS:
Egas M. B. de Aragão.	Historia natural medica
João Martins da Silva.	Physica medica
Pedro Luiz Celestino.	Chimica «
Adriano dos Reis Gordilho.	Anatomia microscopica
José Affonso de Carvalho.	« descriptiva
Joaquim Climerio Dantas Bião	Physiologia
Augusto do Couto Maia.	Microbiologia
Francisco da Luz Carrascosa	Pharmacologia
Julio Sergio Palma	Anatomia e Histologia pathologicas
Eduardo Diniz Gonçalves.	Anatomia medico-cirurgica, Operações e Apparelhos
Clementino Rocha Fraga Junior	Clinica medica
Clodoaldo de Andrade	« ophtalmotologica
Albino A. da Silva Leitão.	« dermatologica e syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral
Frederico de Castro Rebello Koch . . .	Therapeutica
José de Aguiar Costa Pinto.	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho.	Medicina legal e Toxicologia
Menandro dos Reis Meirelles Filho . .	Clinica obstetrica
Mario C. da Silva Leal	« psychiatrica e de molestias nervosas
Antonio do Amaral F. Muniz.	Chimica analytica e Industrial

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

OS DRS.:

Sebastião Cardoso
João Evangelista de Castro Cirqueira
Deocleciano Ramos
José Rodrigues da Costa Dorea

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

ALBUMINURIAS

Posto sem o caracter primitivo que se lhe fazia qual, tão só, o de manifestação symptomatica de lesão renal e emquanto tal de força sobremodo desfavoravel ao prognostico, a albuminuria, de resto, pára, sobre o momento, em sujeito inda de grande importancia, no campo da Clinica Medica.

Define-a a presença da albumina na urina; o que se verifica por processos variados [illegible]os clinicos, que, por grande, tocaremos em raz[illegible] [illegible]o tanto corrente da sua pratica.

E, pois, cae bem aqui, diga-se antes de mais de como ella se reconhece e se dosa e se discrimina.

Entre outros, pelo reconhecimento, costuma-se o processo da coagulação da albumina pelo calor; o de Heller pelo acido azotico; ainda as reacções de Tanret e Mehu e os processos volumetricos de Esbach e Boureau tanto lançado mão pela analyse quantitativa.

Afóra a serina, verdadeira albumina da urina,

encontram-se ainda a globulina que se precipita pelo sulfato de magnesia, as nucleo-albuminas que se discriminam pelo acido acetico; as albuminosas pelo acetato de chumbo, as peptonas pelo reactivo de Tanret. Para mais, uma albumina aceto-soluvel assignalada por Pateim que se precipita pelo chloreto de sodio.

Isto posto, passemos ao estudo das albuminurias.

Sobre o assumpto bastantemente cuidado, segundo que se deprehende da multiplicidade de nomes, Cyclica, Pavy e Teissier, Pregottosa, Pretuberculosa, de crescimento Moxon e Dukes, Gull, funccional de Raalfe, de origem sympathica Marie, minima familiar de Talamon, salientam-se os estudos de Posner e Senator, patronos da albuminuria dita physiologica. Os quaes, baseando-se na existencia de albumina na urina de individuos apparentemente bem constituidos, se convenceram da possibilidade de uma albuminuria constante, propria a todo o individuo, tão physiologica quanto physiologicos os phenomenos de eliminação da uréa, do assucar, etc.

Deste theor externou-se Senator:

A albuminuria não pode ser considerada como phenomeno pathologico desde quando se observa uma vez por 4 ou 5 individuos bem constituidos, cuja idade não excede de 60 annos.

A urina, sendo uma mistura de transudato e de uma secreção glandular não albuminosa, deve como

todos os transudatos do organismo, quer ou não normaes, conter albumina.

E, com outros clinicos como Leube, Capitan, Stewart, pretendeu comprovar sua asserção valendo-se do exame feito em individuos reputados bem constituidos. E, de feito, sem que causa morbida a justificasse, estes apresentavam albuminuria.

Por seu turno, Stewart verificou factos analogos em experiencias feitas nas creanças do Orphanato de Edimburgo.

Lecorché e Talamon, no emtanto, negaram, sabiamente, a existencia da albuminuria physiologica.

Pelo raciocinio de Senator, dizem Lecorché e Talamon, dever-se-ia concluir que se a albuminuria é um phenomeno physiologico, como se observa uma vez sobre quatro em individuos sãos ou que apparentemente o sejam, tambem o é, de razão, para os que padecem dyspepsia, corysa, dilatação estomacal. Não comprehendemos como um phenomeno physiologico se possa fazer em excepção. Se 75 °/o dos individuos bem constituidos não têm albumina na urina razão é concluir que a ausencia daquella representa o estado normal e conseguintemente o estado physiologico.

Com Lecorché e Talamon chamaremos de albuminuria minima toda a que não exceda de 30 centigrammos de albumina por litro; limite este feito pela dosagem de Brandberg.

Do considerar a estendida synonimia desta albuminuria, intermittente, ciclyca, pretuberculosa, pregottosa, funccional, da adolescencia, transitoria, paroxistica, por fadiga muscular, persistente simples etc., alcançamos que a sua etiologia varia por cada auctor, desfazendo deste modo a origem physiologica que lhe quizeram Posner e Senator.

Muito a proposito, calamos a albuminuria orthostatica por considerar, de todo ponto, diversa a sua etiologia.

Digamos destas que se caracterizam pela frequencia e benignidade como ainda affirma o nome de benignas.

Albuminuria Intermittente: Por esta a urina é carregada de uratos, densa, de coloração accentuada. Nos exames, praticados pela manhã, verifica-se a presença de globulina e peptonas, a tarde, de serina e nucleo-albumina.

Esta albuminuria é, algumas vezes, a manifestação de nephrites antigas, outras vezes, porem, está ligada a infecções, paludismo, tuberculose, perturbações nervosas, hepaticas, nevro-secretorias dos rins produzidas pela marcha e ergastenia.

Segundo as estatisticas, observa-se em soldados, após marchas forçadas.

O Dr. Finot, medico da Escola de Saude Militar estabeleceu que 11 °/₀ dos individuos apresentavam albuminuria intermittente.

Albuminurias cyclicas, de Pavy-Teissier: Caracterizam-se pela asthenia physica e moral, pela hypocondria, excitabilidade cardiaca, cephaléa, rachialgia, vertigem, resfriamento das extremidades, etc.

Denotam não mais uma albuminuria simples, mas ligada a um estado morbido geral, arthritismo, insufficiencia hepatica, e como querem Talamon e Lecorché, a perturbações digestivas.

O exame da urina fala em favor da theoria hepatogena. De reacção fracamente acida, contendo em abundancia phosphatos, uratos, oxalatos, mucus de densidade elevada, côr acentuada, encerrando albumina na proporção de 20 a 25 centigrammos.

A eliminação da albumina, neste caso, não se faz pela manhã; começa ao meio-dia, terminando ás 5 horas da tarde. Segundo Klemperer, produzir-se-ia um segundo periodo das 7 ás 11 da noite. Assim presumida a sua origem hepatogena, esta especie de albuminuria ainda chamada *pretuberculosa* pregottosa dos adolescentes, seria para alguns auctores a primeira manifestação diathesica do arthritismo no adulto e o primeiro signal de albuminuria gottosa na creança.

A albuminuria da adolescencia tambem chamada juvenil, de crescimento, transitoria, não existe de feito; mas albuminuria no adolescente, como no adulto e no velho, com os mesmos caracteres e as mesmas causas. A sua etiologia é hereditaria.

Albuminurias funccionaes, chronicas benignas de Castaigne, dysfunccionaes de Leclerq: São as intermittentes, transitorias acima descriptas e todas as que não estão ligadas a lesões dos rins, melhor, todas as que não são de origem renal.

Como typos clinicos de mais importancia resaltam as de origem nervosa, digestiva e intestinal.

Dentre as de origem nervosa temos as que se prendem ás nevroses.

A proposito, Teissier narra o facto de um publicista que apresentava albumina na urina toda vez que tinha de falar de publico, e cujo desapparecimento se verificava, tanto que, cessava a excitação nervosa.

Estão neste grupo ás albuminurias por commoções, hemorrhagias cerebraes e as orthostaticas.

Devemos concordar com a origem nervosa do orthostatismo?

Primeiro, digamos algumas palavras sobre esta variedade e, de seguida, as diversas opiniões a respeito.

Assim denominada pela originalidade de sua verificação, exclusivamente na posição vertical, esta albuminuria estudada por Mery, Touchard, Klemperer, Talamon, Lecorché, Merklen, Hutinel, mostra-se, de preferencia, na adolescencia em individuos de crescimento retardado, palidos, anemiados, rachiticos, acompanhada de perturbações

gastro-intestinaes, hepaticas. A sua etiologia é uma debilidade renal provavelmente congenita ligada ao arthritismo.

Actualmente, ligam este symptoma aos phenomenos de crescimento rapido, cuja super-actividade determina um desiquilibrio no desenvolvimento dos orgãos, resultando deformações organicas que repercutem sobre o coração produzindo hypertrophia de crescimento e consequentemente debilidade renal, perturbações circulatorias que se traduzem pela albuminuria orthostatica.

Ainda em apoio a este modo de pensar, aventam a hypothese:

Durante a phase de crescimento o metabolismo eleva-se ao mais alto gráo de intensidade. A cellula alem de elaborar as substancias necessarias á manutenção do organismo, tem de prover á formação dos elementos anatomicos que concorrem para a formação do individuo.

Esta superactividade cellular resulta da intensidade ou energia de crescimento.

Como é de prever estas manifestações energeticas augmentam os dejectos resultantes das elaborações chimicas anormaes que se effectuam no organismo e cuja quantidade é dependente do gráu de crescimento.

Uma vez terminado o periodo de crescimento, o rim não tem mais a eliminar dejectos em excesso,

de grande toxidez muitas vezes, porque se desembaraçou da super-producção que agindo como peso addicional poderia determinar nephrite toxica.

Estes factos somente se notam nos individuos de tara renal hereditaria ou adquirida. Donde se deprehende que esta variedade de albuminuria tem como responsavel a debilidade renal hereditaria, quando não causada por uma infecção na tenra idade que passasse despercebida.

Castaigne pensa deste modo.

Hutinel e Nobecourt que as denominam ainda de albuminuria de crescimento exaggerado ou de crescimento retardado dizem-n'as prendidas á asthenia geral e cardio-vascular das creanças.

Linossier e Lemoine desta sorte se manifestaram: como normaes os rins, o orthostatismo produz simples diminuição da secreção aquosa em virtude de uma ligeira torsão do pediculo.

Se os rins são insufficientes vê-se surgir a olyguria, de par com a diminuição da secreção dos elementos solidos da urina, principalmente da uréa.

Se a insufficiencia accentua-se apparece a stase renal, seguida de albuminuria e olyguria.

Leclerq dá-lhes quatro factores:

Hereditariedade arthritica, syphilitica, tuberculosa, saturnina, paludica.

Stase renal, determinando a dilatação do coração.

Lesão ou debilidade hepatico-renal de par com o infantilismo e diminuição do poder secretor das glandulas internas.

Finalmente, um factor cardio-vascular manifestando-se pela cardio-sthenia, diminuição da tensão arterial, tachycardia. Donde, a definição de Leclerq: a albuminuria orthostatica verdadeira é uma affecção peculiar á juventude, caracterizada essencialmente por debilidade geral dystrophica da creança e em particular por asthenia cardio-vascular tendo como consequencia, sob a influencia da posição vertical, a albuminuria por stase renal, favorecida ainda pela debilidade hepatica ou pela existencia de uma nephrite latente hereditaria ou adquirida. Sobre o assumpto muito se tem escripto em explicação.

Berthand attribue-n'as á acção da gravidade do corpo.

Merklen fundando-se na theoria da dilatação primitiva do coração esquerdo, produzida pelo esforço, ergastenia, hypertensão arterial peripherica, attribue-n'as a congestão passiva do rim.

Teissier vê n'esta espécie de albuminurias um phenomeno de fluxão de origem vaso-motora sob a influencia da verticalidade do corpo.

Londe explica-n'as pela theoria sympathica.

Marie dellas responsabilisa uma molestia nervosa primitiva.

M. M. Englander observou um homem attingido

desta especie de albuminuria de muitos annos e que padecia tambem vertigens repetidas e oscillações de temperatura. Emquanto deitado accusava de 60 a 80 pulsações, tanto que de pé elevavam-se a 120. Attribuio-se ao esforço muscular.

Lemoine, em uma communicação a Teissier sobre observações feitas em 5 soldados moços com orthostatismo, diz ter encontrado em todos antecedentes hereditarios tuberculosos e em tres dentre elles antecedentes pessoaes, consistindo em coryza, bronchytes frequentes, etc.

Ante estes dados podemos affirmar da natureza hereditaria tuberculosica, syphilitica, paludica, arthritica do orthostatismo que se manifesta por uma debilidade renal sensivel á mais leve occasião.

Albuminurias funccionaes de origem digestiva: Estudaremos neste grupo as albuminurias ligadas ás perturbações do tubo gastro-intestinal e seus annexos.

Caracterizam-se por fraqueza geral, pronunciada nos membros inferiores, inaptidão ao trabalho, tachycardia, intermittencias, vertigens, sopros extra-cardiacos, polyphagia, digestões difficeis acompanhadas de congestões hepaticas.

Estas albuminurias gastricas dependem das substancias alimentares ingeridas e principalmente do funccionamento anormal do figado.

Na urina dos individuos que dellas padecem,

encontram-se globulina e seroglobulina, peptonas e phosphatos e augmento do coefficiente azotado constatado por A. Robin.

Linossier e Lemoine, nos seus estudos da acção dos alimentos albuminoides de origem animal sobre o rim, inferiram que se se injecta, em coelhos ou cobáyos, um quarto de centimetro cubico de uma maceração de carne crua, qualquer que seja, mesmo de porco, encontra-se albuminuria e feita autopsia verificam-se congestões hepaticas acompanhadas de suffusões sanguineas.

Esta acção nephro-toxica comprovada da carne neutraliza-se ao contacto prolongado com o succo gastrico.

As mesmas experiencias foram feitas com ovo-albumina e as materias albuminoides do leite provando-se a sua nephro-toxidez.

Nas albuminurias de origem gastrica, como dissemos, o figado gosa de papel saliente na sua etiologia.

Esta viscera nas suas manifestações pathologicas, como todos os orgãos do corpo animal, soffre tres estados que se denunciam por periodos de hyperfuncção, hypofuncção e afuncção.

No primeiro periodo de hyperhepatia o figado augmenta de seu poder funccional com a producção excessiva do acido urico, uréa, globulos vermelhos, assucar, exaggero das funcções lipolytica, biliar,

conservando porem, durante algum tempo, um equilibrio quasi normal.

Mas num momento rompe-se este equilibrio; o orgão cança, vem o periodo de hypofuncção já não transforma os elementos albuminoides e nem actua sobre os elementos gordos e temos em consequencia as perturbações gastricas, a uricemia, a gotta, a obesidade, as auto-intoxicações, a asthenia muscular e a albuminuria. Resta ainda a funcção glycogenica que conserva por muito tempo sua actividade productora, transformando as materias azotadas, puricas, gordas em glycogeno; mas não tardará muito que deficiencia funccional se manifeste pela diminuição ou completo desapparecimento do assucar na urina, vendo-se a albuminuria acompanhada de urobilinuria, hermoglobinuria, indoluria, etc., attestantes da insufficiencia ou melhor da afuncção hepatica.

As albuminurias pregottosas dos adolescentes, cyclicas de Pavy-Teissier estudadas acima podem ser incluidas no grupo destas albuminurias.

A albuminuria gottosa dos adultos, bastantemente estudada por Lecorché e Talamon e melhormente por De Grandmaison definiu-se por este em albuminuria dyscrasica, quasi sempre independente de lesão renal porem em relação immediata com uma perturbação puramente funccional do glomerulo de Malpighi.

A causa essencial desta perturbação renal está

no máu funccionamento do figado, que se deixa atravessar pelas albumoses provenientes da digestão.

Estas derramam-se na grande circulação, chegam ao rim, atravessam o filtro glomerular e arrastam na sua passagem uma quantidade de albumina tanto mais facilmente, se ha hypotensão arterial.

Subordinada a uma perturbação hepatica, esta albuminuria pode existir em estado de hypotensão com ausencia de nephrite. Lecorché e Talamon admittem que se o acido urico agisse como toxico lento sobre os endothelios glomerulares occasionariam uma glomerulo-nephrite. Porem por que assim succedesse seria preciso que a quantidade de acido urico eliminado augmentasse, o que ao revez se verifica das analyses de Gautrelet. Alem disto, na opinião de Charrin, Le Play, Desgrez, os acidos organicos não teem influencia sobre os glomerulos, apenas determinam algumas lesões nos tubos contornados.

A filtração de albumina, sem lesão renal nos gottosos, é hoje facto provado pelas observações innumeras feitas em individuos, portadores de muitos annos deste symptoma, sem que insufficiencia renal se manifestasse.

Segundo De Grandmaison 92 °/ₒ de gottosos são albuminuricos.

A albuminuria gottosa manifesta-se em todas as idades, com os caracteres da intermittente, minima,

algumas vezes acompanhada de polyuria e hypertrophia do coração esquerdo.

A polyuria, que no ver de Lecorché e Talamon é phenomeno frequente no mal de Bright gottoso, raramente se observa na albuminuria simples. A sua etiologia, segundo as observações de Rumeberg, Talamon e Lecorché, está na passagem mais facil da albumina atravez os dialysadores vivos sob fraca pressão. De facto, nos gottosos frequentemente a albuminuria anda de par com a hypotensão arterial. Além do que, quando um liquido contem moleculas albuminosas dialysaveis e não dialysaveis, no momento em que se dá a osmose aquellas atravessando a membrana, arrastam após de si, pelo caminho aberto, as albuminurias não dialysaveis. Nos gottosos a peptonuria acompanha sempre a albuminuria, o que é para Gautelet um symptoma da gotta.

Albuminuria diabetica: Esta albuminuria tambem ligada ás perturbações do figado pode ser simples ou acompanhada de nephrite.

Lanceraux estudando as suas relações com a diabete estabeleceu a sua não dependencia com a passagem do assucar na urina.

Opinião viavel, por isso que na diabete pancreatica em que a glycosuria attinge a proporção de 400, 500, até 1.000 grammas em vinte quatro horas, não se dá eliminação da albumina, ao passo que na diabete arthritica, cuja glycosuria não excede de

100 grammas, a albuminuria é mais ou menos frequente.

A sua etiologia, segundo este auctor, depende de tres factores: molestia intercorrente, atrophia do rim, desordem na innervação bulbar e neste caso temos a diabete albuminosa de Lanceraux que se manifesta por albuminuria abundante, augmentando com as emoções, ergastenia, perturbações digestivas. Alem destas albuminurias subordinadas ao hepatismo, Robin accrescenta as phosphaturias, Bergonignan as oxaluricas, cholemicas Gilbert, gravidicas Leclerq.

Albuminurias de origem intestinal: Estas dependem da virulencia do colibacillo, das enterocolites, enteroptoses, atonia intestinal, verminose, etc.

Albuminurias toxi-infecciosas: Cada agente toxico como cada agente infeccioso dá origem á nephrite e albuminuria, dependentes em gravidade do seu gráu de toxidez, infecção, intensidade e das condições do terreno influenciado.

Como as intoxicações, dividiremos as albuminurias toxicas em exogenas e endogenas. O primeiro grupo comprehende as toxi-alimentares, procedidas do uso de carnes condemnaveis, conservas, cogumelos, hervas, etc.; as euphoristicas causadas pelo tabaco, alcool, opio; as medicamentosas resultantes do chlorotormio, cocaina, phenol, antipyrina, aconitina, etc.; as profissionaes ou industriaes, de muito

tempo conhecidas, ficadas do phosphorismo, arsenicismo, suturnismo, das intoxicações pelo sulfureto de carbono, benzina, anilina, hydrogenio sulfurado, oxydo de carbono, etc.

Destas faremos o estudo pathogenico da saturnina, phosphorica e arsenical, pela sua maior importancia clinica.

Albuminuria saturnina: Primeiramente assignalada por Tanquerel des Planches em seguida por Atinger, Rayer, Becquerel, Goodfellow, Gluber, Renaut, Leguin, Ollivier; estudou-a Castaigne que a considerava indirectamente produzida pelo chumbo, que, actuando sobre os globulos vermelhos, destruia-os, indo o producto desta destruição, eminentemente toxico, agir sobre os rins produzindo congestão e albuminuria.

Lanceraux diz ser a albuminuria saturnina um phenomeno tardio, secundario, ou uma simples complicação.

Actualmente, explica-se pela passagem do chumbo atravez o apparelho glomerulo-tubular dos rins. É o typo da albuminuria chronica. Os rins dos saturninos são sclerosados, atrophicos reduzidos as mais das vezes ao terço ou metade. Sua superficie apresenta-se granulosa, amarellada, aclivada de kistos. Ao microscopio, as lesões assemelham-se as do pequeno rim contrahido, (nephrite chronica sclerosa) com predominancia das alterações glomerulo-tubu-

lares. A intensidade da chirrose atrophica, sua diffusão nas zonas limitante, intermediaria, papilar deram azo a certos auctores reconhecerem um caracter pathogeno differencial da nephrite saturnina ás outras especies de nephrites atrophicas.

As experiencias porem estão em desaccordo.

O rim lesado não retem o chumbo no seu parenchyma como succede ao cerebro e tecido osseo. A nephrite saturnina não é como pensam Charcot e Gombault, nephrite especifica por obstrucção metallica dos tubos excretores do rim, é em tudo identica á atrophica typica e como tal com as consequencias cardio-vasculares identicas.

A symptomatologia da nephrite nos saturninos é a mesma da nephrite chronica atrophica. O que se verifica pela existencia em ambas de hypertensão arterial, hypertrophia cardiaca, todos os signaes do pequeno e grande brightismo, podendo mesmo haver intercorrencia brightica no saturnismo.

Neste caso, a intoxicação metallica, a nephrite chronica, a arterio-sclerose, muitas vezes, fundem-se no mesmo individuo difficultando o diagnostico.

Albuminuria arsenical: Observa-se na intoxicação aguda ou chronica. Pode ser acompanhada no periodo agudo de olyguria.

A albuminuria chronica depende de degeneração gordurosa dos epithelios ou de atrophia sclerotica.

Albuminuria phosphorica: Nesta, as urinas são

escassas, sanguinolentas; os doentes após o periodo de vomito e diarrhea manifestam phenomenos nervosos graves.

As diversas outras albuminurias toxicas são acompanhadas de nephrite, olyguria, anuria, sem caracteres especiaes dignos de nota.

Albuminuria das nephrites chronicas: Segundo Castaigne as nephrites chronicas dividem-se em hydropigenas e uremigenas.

Nas hydropigenas (Mal de Bright) a albuminuria apparece em proporção de 2 a 20 grammas e, vezes, mais, por 24 horas. Estas nephrites caracterizam-se pela chloruremia que se manifesta por edemas serosos, visceraes e anasarca.

Nas nephrites uremigenas (nephrites atrophicas lentas de Chaufard) a albuminuria é minima, não excedendo de 50 centigrammas a 1 gramma por dia. O caracter essencial aqui, é a uremia.

Albuminurias toxicas endogenas: Rigorosamente só podemos dar o nome de albuminurias endogenas ás que são produzidas por substancias toxicas elaboradas pelas cellulas das glandulas de secreção interna. Ou admittindo com Bordel que actualmente demonstrou em importantes experiencias a existencia de auto-cyto-toxinas nos humores naturaes a responsabilidade destas na producção da albuminuria.

Albuminurias infecciosas: Dentre estas destacam-se: a febre typhoide que, de todas as infecções,

a que mais directa e frequentemente actua sobre o rim, determinando albuminuria que é muitas vezes acompanhada de nephrite com cylindros granulosos e hyalinos.

Assignalada de ha muito por Martin e Rayer foi em 1869 descripta por Lanceraux.

Legroux e Hanot, em 1876, notificaram casos de steatose renal typhica.

Murchison verificou a presença de albuminuria em 157 casos sobre 549 que vem a ser 28 a 30 por 100.

Bouchard, nas suas observações encontrou-a na proporção de 1 terço. J. Renaut em 1881, Petit, Lyon, Didion em 1883, Zegre em 1893 fizeram estudo completo das perturbações renaes ligadas á febre typhica. Em cortes, em rins typhicos, notaram-se nephrites diffusas, lesões granulo-gordurosas dos epithelios estriados, exudato albuminoso nos glomerulos e tubos uriniferos e nodulos diapedeticos disseminados pela substancia cortical. Frequentemente, as albuminurias e nephrites typhicas evoluem para a chronicidade. Bamberg em 58 casos de nephrite typhica isolou 42 de nephrites agudas, 14 chronicas e 2 intersticiaes.

Albuminurias scarlatinosas: Ligadas á nephrite cujo gráu de frequencia é pouco menor que o da nephrite typhica, estas albuminurias podem ser precoces ou tardias, isto é, apparecerem no periodo agudo da infecção ou após o apparecimento da

nephrite. Esta albuminuria é seguida de anuria, pollakiuria, cephalea, inappetencia, vomitos e, algumas vezes, hyperthermia.

As urinas apparentam côr carregada, algumas vezes, hematuria. Á autopsia, o rim scarlatinoso é de volume quasi duplicado, amarellado, com manchas violaceas, de consistencia molle e se descortica facilmente. Ao corte nota-se a substancia glomerular espessada, tambem amarellada com pequenos pontos ecchmoticos. A tumefacção dos glomerulos é bastânte accentuada; as pyramides são descoradas com estrias violaceas. Ao microscopio as bases são diffusas. As glomerulares são as mais visiveis de onde o nome de glomerulo-nephrite applicado nestes casos.

Klebs considerava-os, erradamente, como proprios da nephrite scarlatinosa. Os glomerulos augmentam de volume consideravelmente, augmento que, no começo, é devido á congestão e proliferação de endothelios da capsula e das cellulas conjunctivas vasculares, emfim da exsudação de liquido fibrinoso na cavidade. Depois de certo tempo, esta continua proliféração enche a cavidade da capsula de Bowmann produzindo laminas concentricas, vindo comprimir a rede vascular que se torna impermeavel retrahindo-se e terminando por se transformar em tecido fibroso.

Os tubos contornados tumefazem-se, as cellulas epitheliaes soffrem todos os gráus da cytolyse proto-

plasmica; degeneração gorda, necrose e descamação, cujos productos obstruem a luz do vaso.

O tecido intersticial apresenta congestões, hemorrhagias disseminadas, endoarterite e periarterite, edema e infiltração leucocytaria. Segundo Kelsch esta infiltração seria especifica do rim escarlatinoso, porem, por outros processos reaccionarios de pouca monta, existentes ás mais das vezes, nas nephrites agudas de qualquer natureza, a não ser que processo morbido aja profunda e energicamente impedindo qualquer reacção dos tecidos.

Muitas vezes a nephrite scarlatinosa evolue para a chronicidade, com o que acordam Bright, Potain, Talamon, Lecorchè, Brault, Pawlinow.

Esta evolução com tendencia ao estado chronico observa-se frequentemente em individuos moços de vinte a trinta e cinco annos.

Vimos, portanto, que a nephrite scarlatinosa se manifesta por multiplas formas, seja com caracteres de benignidade, seja de gravidade, hematuria, anuria, uremia, hydropsia e hypertensão.

Para Teissier a proporção dos scarlatinosos, cuja nephrite evolue para o brightismo, é de dois por cinco.

Albuminurias grippaes: Não muito frequentes como attestam Leyden, Duponchel, Vignerot as nephrites grippaes que evoluem para a chronicidade são seguidas de albuminuria ligeira.

Albuminurias tuberculosas: Consideram-se como manifestação constante em todas as phases da tuberculose nos rapazes, principalmente filhos de tuberculosos. O caracter destas albuminurias varia immenso, muitas vezes, intermittente, cyclica e recentemente Poucet e Chalier attribuem-lhe o typo orthostatico.

Para Landouzy a albuminuria seria um phenomeno constante, no primeiro periodo da tuberculose.

Le Noir encontrou-a na proporção de 30 por 100 e Rayer cita casos de tuberculosos com albuminuria persistente até a morte sem signal de insufficiencia renal. Leon Bernard, Castaigne observaram phenomenos identicos. Jousset verificou a constancia da albuminuria nos periodos agudos da infecção coincidindo com a eliminação de bacillos pela urina.

Albuminurias syphiliticas: Frequentemente observadas nos periodos da nephrite aguda attingem a mais alta cifra das albuminurias.

Chantemesse encontrou 50 grammas de albumina por litro em um caso, Chauffard e Gourand 55, Descouts 110. Segundo Delamare a albumina eliminada é a globulina; Chauffard e Gourand dizem ser a serina.

Além destas albuminurias ha diversas outras ligadas a infecções diversas; pneumococcicas, streptococcicas, staphylococcicas, diphtericas, colibacillares, variolicas, cholericas.

Albuminurias gravidicas: Ligadas ao rim ou ao figado como pretendem entendidos.

Leclerq admitte a possibilidade da albuminuria por compressões vasculares do rim. Apoiado na experiencia de Posner attribuimos a albuminuria gravidica á nephrite ascendente por compressão do recto pelo producto da fecundação.

Albuminurias das queimaduras: Attribuidas exclusivamente ás auto-intoxicações por suppressão das funcções da pelle, são tambem ligadas ás do tubo intestinal e ás infecções cutaneas que se juntam ás lesões produzidas.

Albuminuria na amygdalite chronica: Recentemente estudada pelo Dr. E. Gruet, medico do Hospicio mixto de Angers, observa-se frequentemente na angina aguda, ainda no curso da amygdalite chronica, mormente, nas de forma lacunar, como em certos abcessos de repetição ou chronico da tonsilla.

Na angina lacunar chronica as perturbações funccionaes restam por muito tempo desconhecidas.

Nas phases de recrudescencia que se notam de frequente, o doente accusa máu estar, cephalalgia, anorexia, dores na garganta, pharinge ligeiramente congestionado, febre ligeira não excedendo de tres dias.

Succede muitas vezes que o medico ao envez de descobrir a origem destes phenomenos, cuida num

embaraço gastrico, febre catarrhal, grippe e confiante no seu diagnostico não se apercebe de que muito embora a superficie da amygdala se mostre isenta de qualquer alteração apreciavel, abcessos multiplos ahi podem existir enkystados em sua intimidade, mal se denunciando por pequenos pontos esbranquiçados, de natureza caseosa, obturando os orificios das cryptas e que segundo referencias de Lacombre, Treitel, Franke, Benda produziram a morte o que só foi verificado pela autopsia.

Por occasião de qualquer infecção intercorrente, ou mesmo sob influencia occasional, resfriamento, periodo menstrual, perturbações gastricas.

Gruet observou dous casos typicos de orthostatismo, sendo um tambem observado pelo Dr. Caupard em uma moça attingida de amygdalite lacunar. Suspeitando, em vista do seu mau estado geral, da presença de albuminuria, fez proceder o exame, o qual mostrava abundancia de albumina nas urinas. Á incisão das amygdalas, seguiu-se o desapparecimento completo da albuminuria e restabelecimento do estado geral no fim de dois mezes.

Gruet cita observação identica em uma moça, apresentando o mesmo symptoma que era attribuido por um medico á intoxicação intestinal ou ao arthritismo.

O mesmo processo therapeutico applicou-se com os mesmos resultados supra mencionados, no fim

de alguns mezes. E assim grande numero de albuminurias ligadas a simples amygdalite são mal feitas ao arthritismo, figado, rins, perturbações digestivas, etc. De mais frequencia, dizem-n'as de origem digestiva. De feito, grande numero de doentes apresentam, á primeira vista, perturbações funccionaes do estomago e intestino, mas que são verdadeiramente secundarias, consequencias de infecção amygdaliana, ou mesmo preexistentes, foram por ella aggravados.

Gruet observou um doente de quarenta annos que era tratado, de muitos annos, por albuminuria minima de 0,10 a 0,50, porém de typo persistente ligada a perturbações digestivas.

Esta doente soffria de abcesso chronico da amygdala sujeito frequentemente a exacerbações agudas dolorosas. Submettendo-se a incisão das amygdalas desappareceu a albuminuria e melhoraram sobremaneira as perturbações digestivas.

Um homem de 35 annos com amygdalite lacunar e tratado, por muito tempo, por dyspepsia e diarrhea rebelde, apresentava máu estado geral e albuminuria, o que desappareceu apenas que se fez a incisão das amygdalas.

Como acima dissemos as perturbações gastro-intestinaes podem causar albuminuria porem não padece duvida que uma grande parte dellas impendem das amygdalites.

Outras amygdalites deram-se pela sclerose independente de intervenção cirurgica.

Uma mulher de 38 annos, diz Gruet, bem constituida, sem antecedentes pessoaes morbidos, teve 2 filhos; durante o periodo da segunda prenhez soffreu assaz dos rins sem que apresentasse, no emtanto, albuminuria. Dois annos depois, tratando de um dos seus filhos attingido de amygdalite, contrahiu angina. Dois dias após o começo da infecção, revelou-se hematuria durante tres dias a eito, com deposito de duas grammas de albumina por litro emquanto que se passaram tres semanas, indifferente ao regimen lacteo desde o começo estabelecido.

Seis mezes mais tarde, nova angina, menos intensa, porem acompanhada de albuminuria por espaço de quinze dias. Passado um anno, ainda angina mais benigna sem phenomenos dolorosos, mas seguida de asthenia geral, febre. A cada accesso agudo, verificaram-se depositos caseosos no orificio das cryptas.

Estas manifestações desappareceram com a atrophia da amygdala, na idade de 35 annos. Desde então não soffreu mais alteração no seu estado de saude. A albuminuria da amygdalite é considerada como uma toxhemia. De Gruet dá-lhe em causa a repleção das cryptas por calculos, accumulados caseosos, germens pyogenos staphylococos, streptococos, diplococos, leptothrix, etc. Influencias diversas

sob condições varias agem augmentando a virulencia destes germens, cujas toxinas adquirem um gráu de nocividade elevado. As cryptas submettidas á acção energica destes agentes, reagem por inflammação intensa que concorre para occlusão dos orificios daquellas, que assim obliterados encerrando elementos infecciosos, dão lugar a albuminuria pela absorpção de toxinas elaboradas no interior destes orificios fechados.

Tambem os accumulados caseosos infectos deglutidos em grande parte á noite e absorvidos pelo tubo intestinal.

Emfim a deglutição do puz produzindo fermentações estomacaes, perturbando as digestões e estas contribuindo á prolongação da albuminuria cujo ponto de partida é amygdala.

A dyspepsia manifesta-se, de preferencia, em individuos predispostos e é provavel que esta falta de predisposição e resistencia renal especial expliquem a ausencia de albuminuria em certos individuos portadores de amygdalite caseosa.

De Gruet suppõe que as albuminurias transitorias de Leube, Capitan, C. Finot, orthostatica, digestivas sejam symptomas de amygdalite.

M. E. J. Moure, assignalou, um caso de albuminuria orthostatica entretido por suppurações adenoidianas, albuminuria que desappareceu após a abrasão das vegetações adenoides.

Pelo que é sempre de bom aviso toda vez que se esteja em presença de albuminuria, sem causa justificavel, fazer a laryngoscopia e rhinoscopia.

Modo de acção dos microbios na genese das albuminurias: As infecções influenciam grandemente na producção das albuminurias.

Já as primeiras pesquizas bacteriologicas attribuiam aos proprios microbios as nephrites infecciosas e Bouchard em 1881 de accordo com estas idéas confirmava a sua acção directa e nociva sobre o filtro renal.

Pôs a descoberta das toxinas microbianas, verificou-se que tambem ellas podiam ser causa de nephrites inteiramente identicas ás produzidas pelos agentes infecciosos.

Em certas affeções como na cholera, na diphteria, por exemplo, em que os agentes microbianos não penetram na via sanguinea produzem, no emtanto, lesões renaes. Nos diphtericos Morel encontrou os glomerulos dilatados, em começo de degeneração gorda. Os tubos contornados sem epithelio e seus canaes obturados pelos detritos granulosos. O epithelio dos tubos rectos e collectores cheios de gotticulas gordurosas. Esta nephrite diphterica evolue de um modo sub agudo ou agudo, raramente chegando ao estado chronico. Enriquez e Hallion numa experiencia feita num macaco com quatro centimetros cubicos de cultura diphterica filtrada inje-

ctados por via sub-cutanea, encontrou, na autopsia, um rim granuloso, typico da nephrite intersticial, com hypertrophia do ventriculo esquerdo. Claude observou em uma intoxicação superaguda por toxina diphterica uma glomerulo-nephrite aguda hemorrhagica. Em casos cuja evolução era de oito dias, encontrou sempre lesão dos epithelios dos tubos contornados que ora se apresentavam granulosos, tumefeitos, vacuolares, impregnados de gotticulas gordurosas, ou reduzidas a laminas delgadas granulo-gordurosas, deixando apenas subsistir pequenos nucleos corados dispersos. Nas formas de evolução lenta, ás lesões precedentes accrescem as de endarterite de transformação fibrosa dos glomerulos, de sclerose intersticial e principalmente de periarterite. Alem de que o systema glomerulo tubular mostra-se desigualmente interessado. Deste modo a experimentação leva-nos a concluir que nas molestias não scepticemicas as lesões renaes são dependentes de uma toxina diffusivel elaborada pelo agente pathogeno, no ponto do organismo em que se localiza.

Nos casos de septicemias os microbios agem directamente sobre os rins provocando nephrite descendente por via hematogena. Está hoje demonstrado que o apparelho renal é atravessado facilmente pelos microbios, quando invadem a rede circulatoria.

Alem das experiencias de Pontifick, Langerhaus, de Wissokovitsch, outras mais recentes de Brield

e Kraus, feitas com staphylococo dourado, colibacillo, bacteridia carbunculosa demonstraram que os microbios appareciam na urina, cinco minutos após á infecção intra-venosa, as vezes em menos e outras ao cabo de algumas horas.

Para Von Klecki a bacteriuria é symptoma constante de septicemia.

Não se conclua, porem, que da passagem, pelo filtro renal, dos agentes microbianos resultem sempre lesões.

A reacção opposta pelos rins ás infecções de que são alvos, varia de conformidade com o agente infeccioso.

A infecção intravenosa da bacteridia carbunculosa, por exemplo, é seguida de eliminação com integridade renal. Ao passo que uma injecção feita com outros germens como o bacillo de Eberth, o pneumococo e outros provocaria nephrite com albuminuria.

Os pneumococos uma vez injectados nas veias, vão se depositar em torno dos tubos contornados, algumas vezes no interior da capsula de Bowmann. A sua eliminação dá-se electivamente pelas cellulas de Heidenhain.

Os bacillos de Eberth segundo Enriquez localizam-se de preferencia nos tubos uriniferos.

A eliminação, portanto, dos microbios em natureza pelos rins é um facto demonstrado e tambem

demonstrada a possibilidade da producção ou não producção de lesões, que, no caso positivo, especialmente abcessos nephriticos.

Ao passo que as theorias do comprromettimento directo dos rins pelos agentes microbianos em si restringem-se as da sua acção indirecta, por meio das toxinas vão se impondo na genese das albuminurias.

Em confirmando temos as experiencias de Charrin, que com a toxina pyocyanica provocou lesões renaes com albuminuria; Claude notificando em casos de intoxicações agudas uma reacção diapedetica e inflammatoria intensa do tecido conjunctivo, lesões profundas do epithelio no nivel dos tubos contornados e das ansas de Henle. Nas intoxicações chronicas, alem das lesões acima descriptas verifica-se verdadeira sclerose diffusa do orgão com endarterite e espessamento da tunica media das arteriolas ao mesmo tempo que os glomerulos se tornam fibrosos ou se obliteram por symphyse.

Ainda o papel pathogeno das toxinas se evidencia pela injecção intravenosa da toxina colibacillar, determinando constantemente albuminuria com lesões de glomerulo-nephrite e, muitas vezes, interessando o tecido intersticial que soffre a sclerose em placas.

As toxinas streptococicas determinam, segundo Claude, lesões epitheliaes accentuadas mormente vasculares.

Das argumentações referidas e dos estudos scientificos deduzimos que os microbios agindo directamente sobre os rins provocam de preferencia abscessos, como observamos na tuberculose que actuando as suas toxinas determinam nephrites agudas ou chronicas dependentes da duração actuante do germen, como na syphilis, paludismo, etc.

Pelo facto da nocividade dos microbios e suas toxinas procurou-se dar as mesmas propriedades ás anti-toxinas, attribuindo-se aos soros anti-toxicos as albuminuria, anuria, olyguria em consequencia de sua applicação.

A experiencia clinica porem, apoiada hoje nos bellos resultados therapeuticos dos soros, principalmente o anti-diphterico que faz desapparecer a albuminuria diphterica exclue a idéa da nocividade renal da serotherapia.

E quando após a sua applicação se constate manifestação renal, (albuminuria) ao emvez da antitoxina é o serum do animal immunisado, unico responsavel.

TRATAMENTO

No tratamento das albuminurias hemos a considerar o tratamento dietetico e o causal.

Em fazendo um resumo do regime applicavel aos albuminuricos, em geral, passaremos ao tratamento das diversas albuminurias, em particular.

O regime do albuminurico deve, sobre tudo visar o não fatigamento do organismo assim que syndicado o seu estado geral, funccionamento hepatico e renal, é de primeira necessidade inadiavel a prescripção do repouso *corporis et animæ.*

Como regime alimentar é sempre de bom aviso prescrever o lacteo, lacteo vegetariano ou lacteo hydrico.

A escolha dos alimentos é de summa importancia, tambem a sua quantidade; porquanto, o seu excesso produz, de força, fadiga o que vae de encontro ao principio fundamental do tratamento, que é o repouso. Alem do leite, em certos casos, indicam-se os ovos, comtanto que nos relevem o figado e o estomago.

O macarrão, a letria, a tapioca, podem fazer parte da alimentação do albuminurico, bem assim o arroz,

a batata, a lentilha, os fructos, o queijo fresco, o pão, a gallinha, sufficientemente assada, o carneiro, em dadas circumstancias.

Dentre as bebidas alem do leite, da agua pura, agua de Vichy, Vittel, Evian, etc., servem o chá, não muito concentrado, e o café. O caldo de cereaes, (trigo, feijão, aveia, milho) recentemente preparado, é de grande effeito no ver de Mauricio Springer.

Entre os alimentos contra-indicados está o peixe que é reputado máu para todo albuminurico. Potain verificou que a urina attinge o maximo de toxidez pela alimentação de peixe.

Esta toxidez é quiçá devida á formação rapida de alcaloides pela sua putrefacção. As carnes são, para Potain, indistinctamente nocivas, em contrario do que querem muitos, respeito das carnes brancas. O caldo de carne assim como todos os alimentos condimentados com o sal são contra-indicados. Rejeitam-se, entre os legumes, em prejudiciaes, a couve, o agrião, o espargo, o tomate, os cogumelos, etc.

Os fructos muito acidos são, de egual sorte, condemnaveis, pela acção irritante dos acidos sobre o rim.

As bebidas alcoolisadas são ainda, inteiramente, condemnadas.

O regime lacteo é de valor inconteste no tratamento das albuminurias: de par com o regime hydrico é o por excellencia das nephrites agudas, na proporção de 2 a 3 litros em 24 horas.

O regimen vegetariano pela sua pobreza em materias gordas e pela diminuta producção de calorias convem excellentemente nestes casos.

Alem das indicações geraes acima descriptas devemos notar que aos albuminuricos, em qualquer periodo, se faz mister restringir o mais possivel e em certos casos supprimir, *in totum*, o sal da sua alimentação.

Pela razão que este influe consideravelmente no augmento do peso e produz no albuminurico pre-edema e edema chronico. A suppressão brusca do sal determina porem, em certos doentes dyspepsia, anemia ;e para obviar estes inconvenientes faz-se preciso polvilhar-lhes o alimento com duas a tres grammas de nitrato de sodio que sobre fingir de chlorureto de sodio é ligeiramente diuretico. A restricção do liquido ingerido faz-se necessaria algumas vezes. O excesso do liquido produz hydratação dos tecidos podendo inhibir-lhes a funcção, diminuir-lhes o poder de desassimilação. É ainda susceptivel de provocar augmento da pressão arterial, dilatação do coração, obesidade. Widal preconisa a reducção dos liquidos no mal de Bright; Hutinel, para as creanças, nos dois primeiros dias, prescreve 500 grammas de agua e outras tantas de leite.

Tratamento das albuminurias em particular ;

Albuminurias funccionaes; Tratam-se os orgãos lesados e faz-se o regime hygienico.

Albuminurias infecciosas;

Albuminuria typhica; Nesta, applicam-se os banhos mornos com o regime hydrico.

Albuminurias scarlatinosas; De caracter frequentemente passageiro, basta-lhe oppor o regime lacteo, permanencia no leito por que desappareça em alguns dias. No entanto, albuminurias scarlatinosas complicadas de edema podem terminar pela morte ou em se curando deixar vestigios assáz compromettedores como sejam: endocardites, estreitamento mitral, abscesso sub-aponevrotico do pescoço, etc. O seu tratamento é o da nephrite aguda; consiste no regime lacteo-hydrico, tisanas diureticas, aguas lactosadas, repouso. Em muitos casos applicam-se ainda ventosas sarjadas sobre os rins, drasticos, aguardente allemã na razão de 1 gramma por anno de idade, scammonéa dous centigrammos respectivamente á idade. A albuminuria scarlatinosa aguda pode evoluir muitas vezes para a chronicidade e sendo assim pede o tratamento da nephrite chronica.

Huchard após quinze dias de regime lacteo prescreve a estes doentes o seguinte menu dechlorurado.

Carne	200 grammas
Pão dechlorurado. .	200 grammas
Ovos	n.º 2
Legumes.	250 grammas
Manteiga.	50 grammas
Assucar	q. s.
Leite.	1000 grammas

Evidenciado o desapparecimento completo dos edemas podemos addicionar duas a quatro grammas de sal por dia a este regime, cuja tolerancia se manifestará pela ausencia de dyspnéa e pelo sensivel restabelecimento geral.

Albuminuria grippal: Ainda aqui a permanencia no leito, regime lacteo-hydrico, quinina na dose de 25 a 30 centigrammos por dia.

Albuminuria diphterica: Esta tem o seu especifico no sôro anti-diphterico que se injecta na dose de 20 centimetros cubicos na creança e 40 no adulto.

Albuminuria pneumonica: Por esta, cujo desfecho é de ordinario fatal, devemos fazer-lhe o tratamento das nephrites agudas.

Albuminuria syphilitica: Desta varia o tratamento com o periodo da infecção. No periodo agudo, ao lado da medicação especifica o regime hydrico, lacteo-hydrico na grande proporção de 2 a 2 $^1/_2$ litros por dia, sem inconveniencia, por isso que, ao revez do que se dá com as outras albuminurias infecciosas, o glomerulo é poupado não provocando exaggero inflammatorio pela passagem de grande porção de liquido como se verifica nestes casos.

No periodo secundario a albuminuria é abundante. A eliminação da albumina varia de 15 a 20 grammas, como observaram Fournier e Brouardel. O tratamento especifico deve ser estabelecido cautelosamente para que o mercurio, com a sua acção toxica, não concorra

antes á aggravação que á cura. Os resultados variam consideravelmente. Em um doente de Widal intoxicado pelo tratamento mercurial a albuminuria desappareceu. Em um outro que eliminava de 3 a 5 grammas de albumina o tratamento especifico foi-lhe indifferente. Ao passo que um outro que eliminava 64 grammas curou-se com a mesma medicação.

Ha casos em que o tratamento especifico é improductivo, quando a nephrite é rapida, generalisada, com manifestações visceraes edematosas, infiltrações. Por estes é preferivel o regime lacteo-hydrico seguido de injecções de cafeïna, oleo-camphorado, etc.

Huchard considera as albuminurias syphiliticas tanto mais susceptiveis de cura pelo tratamento especifico quanto maior a quantidade de albumina eliminada.

Em qualquer hypothese em se tratando de albuminuria de causa conhecida o seu tratamento deve ser especifico e dietetico.

Albuminurias tuberculosas: Duplo é o seu tratamento conforme estão ligadas a tuberculose renal ou ao estado geral tuberculoso. Neste caso, podem ser pre ou para-tuberculosas. O seu tratamento consiste no regime alimentar e psychico. Nos casos de albuminurias ligadas a tuberculose renal o seu tratamento é essencialmente cirurgico.

O diagnostico clinico da tuberculose renal bastante delicado, baseia-se em uma serie de signaes, que não

será intempestivo os descriminar, como sejam de grande importancia respeito do tratamento.

Signal revelador, signaes uretheraes, signaes funccionaes clinicos, signaes de visinhança, signaes physicos tirados da urina, signaes chimicos, histologicos, tirados ao laboratorio, cystocopicos, renaes, signal experimental.

O signal revelador é a cystite sem causa justificavel que apresenta certos individuos, muitos delles apparentando saude.

É frequente, neste caso, o engano de muitos clinicos que cuidam da cystite despercebidas da causa tuberculosa.

Os doentes pela ausencia de dôres alem da inflammatoria negam-se a intervenção allegando não soffrer dos rins e sim da bexiga.

Os signaes uretheraes são pontos dolorosos abdominaes correspondendo ao collo do urethereo, ao ponto iliaco, e ao ponto inferior ou urethero-vesical.

Como signaes clinicos consideram-se o syndromo urethro-prostato-vesical, a hematuria, muito rara, a pollakiuria nocturna, signal de valor no começo da cystite. Os signaes de visinhança são os localizados para o lado do epididymo, do cordão, das vesiculas e principalmente da prostata.

Os signaes physicos da urina são caracteristicos; ammoniacaes como em todas as affecções banaes da

bexiga. A côr é typica; esbranquiçada e por isso denominada absinthica, sabonosa.

A diminuição da quantidade da uréa, algumas vezes a retenção dos chloretos fazem os signaes chimicos. Os histologicos não são infalliveis. A presença do bacillo de Koch na urina é muito rara e não se encontram outros microbios, nem tambem a deformação nos leucocytos nem mononucleares na urina logo recolhida.

Mesmo em completa destruição dos rins tuberculosos não se encontram cylindros na urina.

É de valor pathognomonico o signal experimental: Consiste na inoculação do coagulo da urina fresca centrifugada em cobayos ou porcos da India, reactivos sensiveis á tuberculose. Injectam-se a principio 5 a 20 centimetros cubicos em tres pontos diversos; sub-cutaneo, intraganglionar, sub-peritonal, em cobayos diversos.

Tres semanas depois ou um mez quando se verifica o emagrecimento dos animaes injectados sacrificam-se e a autopsia nos revela a presença de granulações amarelladas no figado e baço discreta ou abundantemente. Como confirmação diagnostica podemos fazer o exame microscopico dessas granulações.

Nathan—Larrier em vista do longo espaço mediado entre a infecção e a verificação procurou obviar este inconveniente injectando nas mamas de cobayos

em estado de lactação urina suspeita, e examinando o leite seis ou oito dias decorridos.

Os signaes de laboratorio resumem-se na cuti-reacção e ophtalmo-reacção de Calmette. A presença de vegetações ulcerosas cicatrizadas que se denunciam por manchas caracteristicas da mucosa vesical constitue os signaes cytoscopicos. Para o experiente os signaes meatoscopicos são mais ou menos reveladores.

O meato soffre modificações que lhe fazem deformações diversas. Ao envez de fenda vê-se, algumas vezes, um pequeno orificio irregular edemaciado, verdadeiro buraco facilmente accessivel ás sondas.

Muitas vezes porem e de mais frequencia nada se percebe. Fallem aos tuberculosos renaes os signaes reveladores tirados do estado geral em tuberculosos pulmonares.

O facies nada tem de caracteristico naquelles casos; o emagrecimento pode não ser apreciavel emfim o estado geral, como observamos, nada diz, muitas vezes. A tuberculose renal é como o mal de Pott, a coxalgia, o tumor branco do joelho, uma tuberculose enkystada.

Os signaes renaes, não obstante ser a lesão renal, são nullos a não ser que se trate de pyonephrose, de abscesso perinephretico, tuberculose de origem renal, finalmente, formas raras de syndromos dolorosos. Quatro são os modos anatomo-clinicos da

tuberculose renal: tuberculose de rim toracico não perceptivel com cystite não dolorosa; tuberculose de rim toracico não perceptivel com cystite dolorosa; tuberculose de rim movel ptosado ou sub-costal com cystite não dolorosa; tuberculose renal com pyonephrose dolorosa ou não, com ou sem cystite. Com estes dados podemos diagnosticar a tuberculose renal e passar ao seu tratamento. A hygiene é tudo no tratamento medico das albuminurias tuberculosas. Nos casos porem de tuberculose renal o tratamento cirurgico é imprescindivel.

Como tratamento hygienico aconselha-se o uso do cinto de flanella, fricções matinaes dos rins, com alcool, vinagre, banhos salgados quentes de 10 minutos, duas vezes na semana. Deve-se evitar os resfriamentos e buscar de preferencia habitações ruraes.

Em alimentação, carnes brancas, bem assadas, legumes, cereaes, coalhadas, etc. Como medicação, prescrever-se-á, pela manhã, uma colher de sopa de xarope iodotanico, de preferencia, no caso em que o doente tenha bom estomago, duas colheres de oleo de figado de bacalháu.

Em opposição ás dores da cystite applicam-se os suppositorios opiaceos e instillações de oleo gomenolado á 10 por mil.

O tratamento cirurgico embora excellente não deixa de apresentar as suas difficuldades.

A intervenção pode ser feita ou deixar de o ser.

Nos casos de simples pyelite, mesmo de pyelonephrite dupla devemos evital-a. A intervenção impõe-se quando ha comprometimento de um rim com integridade do outro por que se dê a compensação. Ella varia com o gráu de alteração renal e com as condições do momento.

Far-se-á a nephrostomia de urgencia nos casos de abscessos volumosos acompanhados de estado geral grave.

O rim acha-se subdermico e uma simples incisão com anesthesico local é o bastante.

Tratando-se de pyonephrose deve-se fazer a nephrostomia. A nephrectomia parcial é indicada na tuberculose que se limita a um dos polos renaes.

A nephrectomia transperitoneal é applicada nos casos de grande rim tuberculoso.

O processo mais commum e melhor por sua facilidade e segurança é a nephrectomia lombar sub-capsular primitiva.

Os resultados do tratamento cirurgico da tuberculose renal, quando apropriado, são excellentes.

O tratamento das albuminurias paludicas como o de diversas outras infecções, consiste na extincção do agente causal e das lesões por elle provocadas.

Ás albuminurias ligadas aos agentes toxicos oppõe-se-lhes um regime rigoroso de par com o especifico de cada agente.

Tratamento das albuminurias chronicas ligadas ás nephrites chronicas: Destas o tratamento faz-se como das nephrites concurrentes. Ainda que nem sempre susceptiveis de cura, comtudo pode-se prolongar a vida aos doentes com o apropriado e opportuno do tratamento.

No decurso das nephrites chronicas é de primeira necessidade prevenir a auto-intoxicação uremica, reduzindo o quanto possivel os elementos toxicos, nocivos ao organismo pela sua eliminação. O regime lacteo convem excellentemente ao brightico, não só por ser um alimento sufficiente em determinadas doses, como tambem pela sua facil digestação, o que sobre poupar aos doentes astheniados trabalho digestivo, diminue as fermentações intestinaes. Ainda, pode ser considerado como medicamento pela sua acção diuretica.

Sobre o que, é ainda o leite um grande eliminador dos agentes toxicos do organismo. Para as nephrites agudas é a sua prescripção systematica, ás chronicas sem edemas e sem hypertensão muita vez inefficaz, produzindo com a continuação um estado de debilidade geral comprommettedor.

As nephrites chronicas edematosas, hypertensiveis consentem o regime lacteo.

Regime mixto alternado faz-se preciso nas nephrites athrophicas lentas.

O regime lacteo para que seja tolerado é neces-

sario que se prescreva regulado e progressivamente. O doente porque esteja em equilibrio alimentar fará uso de 3 litros de leite por dia, em doses de 200 a 300 grammas em cada 2 horas. Seria preferivel o leite frio e crú se houvera certeza da sua procedencia salutar.

Em casos de perturbações gastricas, addicionar-se-lhe-á agua de Vichy, agua de cal se é mal dirigido ou se provoca diarrhéa. Para mascarar o gosto junta-se o café, chá, assucar.

As retenções chloruradas na producção dos edemas brighticos provadas por Widal e Lemierre, mostraram a necessidade da suppressão do sal na alimentação desses doentes.

De facto a dieta dechlorurada actua favoravelmente sobre os edemas não somente periphericos senão tambem visceraes dos brighticos.

Ambard e Bearyard observaram a frequencia de retenção chlorurada não seguida de edema na nephrite atrophica lenta onde obtiveram resultados desejaveis com a dechloruração, affirmando que nesses casos é preferivel applicar-se o regime hypochlorurado.

Muito embora este regime se imponha ás nephrites edematosas não se segue dahi que seja systematico.

A experiencia clinica demonstra que elle não convem ás nephrites com influencia renal, emquanto que o aconselha nos casos de nephrite edematosa

com permeabilidade renal conservada ou ao de leve compromettida. O regime dechlorurado tem a vantagem da escôlha dos alimentos.

Ao leite, na proporção de um litro por dia, podemos acrescentar legumes, fructas, sopas, cremes, ovos, presunto magro, carne de porco convenientemente assada, etc., conforme a idiosyncrasia dos doentes.

Nas bebidas applicaveis aos brighticos já dissemos pagina atráz; no emtanto, digamos de novo que a reducção de liquidos se faz mister nos edematosos, nos assystolicos.

A hygiene geral, a interdicção de exercicios physicos fatigantes, o affastamento em fim de todas as influencias nocivas são prescripções indispensaveis aos brighticos. A medicação anti-albuminurica consiste, enumerando as mais conhecidas, na fuchsina na dosé de 5 a 25 centigrammos ás creanças, 15 a 40 ao adulto.

Esta medicação proposta em 1876 por Felty e Ritter foi applicada por Bouchut e Dieulafoy que contestaram a sua efficacia therapeutica. As preparações tonicas são de utilidade nas formas congestivas ou nos casos de hypotensão arterial. A sua acção é vaso-constrictiva e exerce-se sobre os nervos periphericos.

O azul de methyleno de resultados nullos foi por muito tempo empregado por Netchareff, Losenthal,

Doumer. Lanceraux prescrevia a tintura de cantharida na proporção de V a X gottas por dia. Na sua opinião, a albuminuria diminuia, com o augmento de eliminação ureica, toxica e da urina sobre este tratamento. As experiencias clinicas de Chaufard porem mostraram os inconvenientes de semelhante medicação que sobre inefficaz è irritante renal. O lactato oxydo de stroncio, na dose de 4 a 6 grammas diarias, diminue consideravelmente a albuminuria porem os seus effeitos cessam com a sua não applicação. De final, o medicamento por excellencia, nestes casos, é o regime lacteo que se não consegue nas nephrites chronicas o numero avultado de curas que nas agudas, faz no emtanto sentidos os seus beneficos effeitos.

Mui a proposito reservamos para aqui dizer do chlorureto de calcio no tratamento das nephrites, por ser assumpto, sobre a hora, assaz debatido nos circulos scientificos segundo que attestam os recentes trabalhos de George Vitry.

Os bons effeitos dos saes de calcio nas nephrites foram assignalados desde 1850 por Stromeyer que preconisava o phosphato de calcio nas hematurias. Kuchenmeister empregando em 1868 agua de calcio na nephrite scarlatinosa notou augmento da diurese e diminuição da albuminuria e reabsorpção dos edemas. O chlorureto de calcio foi somente empregado em 1905.

Wright e Ross empregaram-n'o no tratamento de albuminurias funccionaes.

Em 1907, Iscovesco demonstrou que a albuminuria diminuia consideravelmente em casos de nephrite intersticial, com a sua applicação.

Desde então o chlorureto de calcio foi empregado em innumeros casos por Netter, Renon, Porges, Pribam, Fuminia, Moncany, etc.

Os resultados publicados variaram.

As observações de Teissier, Cade, Roubier, Bonnamour, Imbert e Jourdan levantaram em 1910 a questão da acção exercida do chlorureto de calcio nas nephrites e recomeçaram o estudo da sua acção principalmente sobre a diurese.

Esta propriedade diuretica dos saes de calcio tinha sido já evidenciada por diversos auctores.

Lanny e Mayer, em 1906, já tinham experimentado em cães. George Vitry, em observações rigorosissimas que abaixo daremos, comprovou o augmento da quantidade de urina, diminuição do peso do doente pela desapparição dos edemas eliminados pelos rins.

Observação I—F... 30 annos de idade, tuberculoso pulmonar com degenerescencia amyloide presumivel, ligeiro edema dos membros inferiores, albuminuria elevada 12 a 14 grammas.

Datas		Medicação	Urinas	Peso
8	Setembro	«	1,650 grs.	—
9	«	«	2,000 «	—
10	«	«	2,000 «	—
11	«	1 gr. $CaCl^2$	2,000 «	—

Datas		Medicação	Urinas	Peso
12	Setembro	1 gr. $CaCl^2$	1,800 grs.	—
13	«	1 gr. «	2,500 «	—
14	«	1 gr. «	3,500 «	54,k100
15	«	1 gr. «	3,200 «	54,
16	«	1 gr. «	3,000 «	53,
17	«	1 gr. «	3,000 «	53,
18	«	1 gr. «	2,550 «	52,500
19	«	1 gr. «	2,500 «	53,
20	«	«	2,050 «	52,500
21	«	«	1,750 «	52,500
22	«	«	1,400 «	53,300
23	«	«	2,200 «	53,300
24	«	«	1,550 «	53,900
25	«	«	1,550 «	53,700
26	«	«	1,550 «	54,400
27	«	«	1,550 «	54,700
28	«	1 gr.	2,250 «	54,
29	«	1 gr.	2,550 «	53,400
30	«	1 gr.	2,550 «	53,200

Observação II — F... 27 annos, nephrite chronica sem causa conhecida, edema accentuado dos membros inferiores, hypertensão arterial, ruido de golpe, albuminuria media 50 centigrammos á 4 grammas por dia,

Datas		Medicação	Urinas	Peso
13	Setembro	«	1,100 grs.	76,k800
14	«	«	1,200 «	76,
15	«	«	1,000 «	77,600
16	«	«	1,500 «	76,400
17	«	1 gr. $CaCl^2$	3,500 «	77,
18	«	1 gr.	5,500 «	74,
19	«	1 gr.	5,100 «	72,600
20	«	1 gr.	3,100 «	69,600
21	«	1 gr.	4,050 «	69,200
22	«	1 gr.	2,750 «	67,600

Datas		Medicação	Urinas	Peso
23	Setembro	1 gr. Ca Cl^2	2,550 grs.	67,400
24	«	1 gr.	2,500 «	67,200
25	«	1 gr.	2,250 «	66,800
26	«	1 gr.	2,250 «	66,600
27	«	«	1,600 «	67,
28	«	«	2,200 «	67,600
29	«	«	1,750 «	66,600
30	«	«	2,200 «	67,

Observação III—F... 39 annos, tuberculose pulmonar em estado de infiltração, ausencia de edemas dos membros inferiores, cylindros granulosos na urina, albumina na propor ção de 2 á 3 grammas por dia.

Datas		Medicação	Urinas	Peso
21	Setembro	«	1,600 grs.	78,k400
22	«	1 gr. Ca Cl^2	1,600 «	78,400
23	«	1 gr.	1,700 «	78,300
24	«	1 gr.	1,900 «	77,300
25	«	1 gr.	1,900 «	77,300
26	«		1,000 «	77,900
27	«	«	0,700 «	78,100

Observação IV—F... 31 annos, tuberculose pulmonar cavitaria, degenerescencia amyloide provavel, ausencia de edemas, albuminuria media de 6 á 8 grammas por dia.

Datas		Medicação	Urinas	Chloruretos urinarios
17	Fevereiro	0,gr.50 Ca Cl^2	850 gr.	3 gr. 97
18	«	0,gr.50	1,300 «	8 « 84
19	«	0,gr.50	2,000 «	13 « 33
20	«	0,gr.50	1,900 «	13 « 11
21	«		1,250 «	7 « 67
22	«		1,120 «	4 « 76
23	«		800 «	4 « 76
24	«		960 «	5 « 85

Datas		Medicação	Urinas	Chloruretos urinarios
26	Fevereiro		1,320 grs.	7 « 65
27	«	0,gr.50 Ca Cl^2	1,600	7 « 48
1	Março	0,gr.50	1,600	10 « 30
2	«	0,gr,50	1,550	8 « 97
3	«	«	1,250	6 « 75
5	«		1,625	6 « 67
6	«		1,300	1 « 64

De onde se conclue que o chlorureto de calcio na dose de 50 centigrammos a uma gramma augmenta a diurese sem auxilio de nenhum outro medicamento e sem modificação do regime; acção esta que se não inda explicou. Lanney e Mayer demonstraram que animaes sob a influencia de pequenas doses deste sal augmentam de secreção urinaria no que tambem accordaram Borman, Imbert e Jourdan.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

HISTORIA NATURAL

I

O schyzotripanum Cruzi é o agente responsavel da molestia de Cruz e Chagas.

II

A sua existencia na circulação peripherica, só se evidencia nos casos agudos.

III

A sua transmissão ao homem se faz por um hematophago da familia *reduvidæ*, do genero *conorrhinus*, especie megistus.

CHIMICA MEDICA

I

A albumina é um dos cinco grupos principaes em que se collocam as materias albuminoides naturaes.

II

São consideradas verdadeiras, a serina e a sero-globulina.

III

A sua presença na urina significa o desequilibrio funccional de um orgão.

HISTOLOGIA

I

A capsula fibrosa do rim é essencialmente constituida por feixe de tecido conjunctivo.

II

O tecido proprio do rim compõe-se de innumeros elementos tubulosos que se denominam tubos uriniferos.

III

O agrupamento desses tubos entre si formam lobulos que em se reunindo denominam-se lobos.

PHYSIOLOGIA

I

A hypertensão é um phenomeno de reacção organica.

II

A tensão arterial augmenta com a impulsão cardiaca.

III

Ha tres typos clinicos de hypertensões: *arterial, pulmonar* e *portal.*

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

Dá-se o nome de atheroma a um tumor oblongo, elastico, amarellado e que affecta especialmente o couro cabelludo.

II

Actualmente tem-se por esta denominação a lesão de arterite chronica com foco de amollecimento.

III

O destaque de uma particula do foco atheromatoso, seguindo o curso do sangue constitue a embolia.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

As inflammações da fossa iliaca mostram-se de preferencia em duas sédes; o tecido cellular subperitoneal e a bainha dos musculos psoas e iliaco. No primeiro caso teremos o flegmão da fossa iliaca, psoite no segundo.

II

A pathogenia, symptomas, marcha e prognostico, divergem inteiramente nestas affecções.

III

A psoite termina frequentemente pela suppuração.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA, E ARTE DE FORMULAR

I

O gui é um hypotensor por excellencia.

II

A sua formula mais usada e de grandes effeitos, é a guipsina na dose de 6 a 8 pilulas diarias.

III

O nucleinato de sodio provoca hyperleuco-cytose. A sua applicação é vasta na therapeutica mental.

BACTERIOLOGIA

I

O bacillo tuberculoso não ama a associação.

II

A infecção tuberculosa é seguida de lymphocytose.

III

A adolescencia é a phase da vida mais sujeita a tuberculose.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

O rim é constituido, por um involucro fibroso, por um tecido, proprio, e tecido conjunctivo interstícial.

II

Acha-se mantido em posição; pelos vasos, pelo peritoneo parietal, que cobrindo grande parte da sua face anterior o mantem applicado contra a parede abdominal.

III

A sua forma alongada de cima para baixo, achatada de diante para traz, convexa para fóra, chanfrada para dentro dá-lhe a conformação de um grão de feijão.

OPERAÇOES E APPARELHOS

I

A nephrectomia parcial se impõe nos casos de lesão de um dos polos renaes.

II

A nephrectomia total se applica nos casos de completa desintegração de um dos rins; tuberculose renal, cancro, etc.

III

Neste caso a operação visa a compensação pelo rim conservado.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Dá-se o nome de varizes, a inflammação chronica das veias com dilatação permanente e continua.

II

Chamam-se osteomyelites, ou osteoperiostites infecciosas, alterações de natureza inflammatoria da medula dos ossos.

III

Toda molestia infecciosa pode em dadas circumstancias occasionar osteomyelites.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

A albumino-reacção é um dos processos de diagnostico da tuberculose pulmonar.

II

A sua confirmação se accentua dia a dia no dominio da clinica.

III

Firma-se este processo na coagulação da albumina dos escarros.

CLINICA PEDIATRICA

I

A scarlatina é molestia frequente nas creanças.

II

O seu contagio é manifesto em todas as phases da affecção.

III

Apresenta como variedades clinicas uma forma frusta e uma maligna.

CLINICA CIRURGICA

I

A appendicite é uma affecção cirurgica.

II

O seu tratamento é a appendisectomia.

III

Os periodos de accalmia evidenciados nas appendicites, induzem muitas vezes a enganos funestos.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A éclampsia é um accidente puerperal.

II

É consequencia frequente de uremia.

III

O seu apparecimento é commum nos ultimos mezes da prenhez, durante ou pouco depois do trabalho.

GYNECOLOGICA

I

A vaginïte é uma reacção inflammatoria da vagina.

II

Os agentes della causadores são frequentemente, mecanicos ou infecciosos.

III

A blenorrhagia é a sua causa primordial.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A conjunctivite phlyctenular é muitas vezes de origem diathesica.

II

A conjunctivite simples é uma manifestação frequente.

III

O exame campimetrico nos informa da extensão do campo visual.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A diathese gottosa pode ser adquirida ou hereditaria.

II

O heredo-gottoso pode apresentar todas as manifestações da diathese herdada, menos a gotta.

III

A gotta é mais frequente no homem que na mulher, na classe abastada que na remediada.

THERAPEUTICA

I

A digitalis augmenta a excitalidade e contractilidade do coração.

II

Para que a digitalis actue de modo desejavel, duas condições se impõem: repouso no leito e reducção de liquidos ingeridos.

III

A forma mais applicada em clinica, é a digitalina crystalisada Nativelle.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A hysteria é uma nevrose.

II

É compativel com ambos os sexos e todas as idades.

III

Manifesta-se por duas formas: convulsiva e não convulsiva.

HYGIENE

I

A hygiene é o elixir de longa vida.

II

Hygiene e moral são os meios de saneamento social.

III

A civilisação de um povo decorre do seu gráu de hygiene.

CLINICA SYPHILIGRAPHICA E DERMATOLOGICA

I

As gomas são manifestações terciarias da syphilis.

II

As manifestações secundarias podem falhar.

III

O desvio do septo-nasal é um signal de heredo-syphilis.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGICA

I

A morte por submersão tem como causa frequente a asphyxia.

II

Na asphyxia ha parada da respiração.

III

Na syncope a parada da circulação se evidencia.

CLINICA CIRURGICA (1.ª Cadeira)

I

A osteo-arthrite tuberculosa é frequente nas creanças.

II

A sua abertura é contra-indicada.

III

O seu tratamento resume-se na contensão pelos apparelhos de gesso, de preferencia.

CLINICA MEDICA (1.ª Cadeira)

I

A dyspnéa na pleuresia é symptoma de complicação.

II

As pleurizias *a frigore* são frequentemente de natureza tuberculosa.

III

O frio é agente occasional.

CLINICA MEDICA (2.ª Cadeira)

I

A hypertensão é constante nas uremias.

II

A chlorouremia é peculiar ás nephrites hydropigenas.

III

A alimentação azotada é contra-indicada nesses casos.

VISTO.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 31 de Outubro de 1911.

O Secretario

DR. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES.